

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 74

TECHNIQUE DES OPÉRATIONS
POUR
ABLATION DES TUMEURS BÉNIGNES
DE LA VULVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 21 Décembre 1933

PAR

André-Yves-Marie GLOAGUEN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à CARANTEC (Finistère), le 15 août 1910.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur	Juges.
		PERY, professeur	
		FAUGÈRE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS. SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 74

TECHNIQUE DES OPÉRATIONS

POUR

ABLATION DES TUMEURS BÉNIGNES DE LA VULVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 21 Décembre 1933

PAR

André-Yves-Marie GLOAGUEN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à CARANTEC (Finistère), le 15 août 1910.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur.....	Juges.
		PERY, professeur.....	
		FAUGÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6. Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Physique médicale.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
id.....	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Préculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			
Ortopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. CABANNES (en congé).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			N.
id.....	Clinique dentaire.....		GOURDON.
			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE

Puisse ce témoignage de reconnaissance
lui faire oublier toutes ses peines pour
me faire acquérir ma situation actuelle.

A MA MERE

A MES SOEURS

A MA GRAND-MERE

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE
ET DE L'ÉCOLE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT,

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chirurgien de l'Hôpital André-Boursier,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Membre correspondant des Sociétés de Gynécologie de Philadelphie,
de Bucarest et du Brésil,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0088

AVANT-PROPOS

Avant de terminer notre vie d'étudiant, il nous reste un devoir bien doux à accomplir."

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Guyot, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous en a facilité l'exécution par ses précieux conseils.

Nous nous souviendrons toujours de l'enseignement paternel de cet excellent maître du Service de Gynécologie.

Nous adressons également nos remerciements à tous les Professeurs de la Faculté pour la sollicitude qu'ils nous ont témoignée tout au long de nos études médicales.

TECHNIQUE DES OPÉRATIONS

POUR

ABLATION DES TUMEURS BÉNIGNES

DE LA VULVE

INTRODUCTION

Le traitement des diverses tumeurs de la vulve est différent selon la nature de cette tumeur.

Dans le cadre de cet ouvrage, nous ne comprendrons pas le mot tumeur comme synonyme de tuméfaction. Dans ce cas, en effet, il nous aurait fallu traiter comme tumeur bénignes vulvaires, outre les productions que nous décrivons, les abcès, les varices, les hernies, les thrombus, etc.

Nous ne décrivons, dans cet exposé de la technique opératoire des tumeurs bénignes de la vulve, que les tumeurs dont le caractère essentiel est le suivant : la formation d'éléments nouveaux ajoutés à l'organisme.

Voici le plan que nous avons suivi :

CHAPITRE I. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *Les diverses tumeurs bénignes (anatomie).*

CHAPITRE III. — *Diagnostic.*

CHAPITRE IV. — *Marche. — Complications. — Pronostic.*

CHAPITRE V. — *Traitement.*

CHAPITRE VI. — *Observations.*

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les articles les plus anciens concernant les tumeurs bénignes de la vulve, que l'on trouve dans la science, sont des faits épars dont l'interprétation peut être discutée.

Mourey, dans sa thèse sur les kystes de la grande lèvre, en 1882, rapporte les faits suivants : « Eustache, en 1654, mentionne des cavités plus ou moins grandes sculptées dans l'épaisseur du vagin, fluxueuses et pleines de mucus. Dans les opérations chirurgicales de Th. Bonnet, rapportées en 1670 par Potier, il est question de « deux tumeurs du » volume d'un œuf situées au col externe de la matrice, qui » s'étaient formées de longue main et sans aucune incommodité qu'un sentiment de pesanteur; incisées avec un » rasoir, elles laissèrent écouler une matière grossière, » gluante, entièrement semblable au blanc d'œuf » (t. IV, p. 492.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent* (1831), s'occupe aussi des tumeurs de la grande lèvre.

Cruveilhier, dans son anatomie, dit avoir observé de chaque côté de la vulve une poche fibro-séreuse lisse, contenant un liquide muqueux et transparent. Un canal étroit, parti de cette petite tumeur, se portait directement à l'entrée; il n'a pu découvrir l'orifice de ce canal, qui était probablement oblitéré. C'était là sans doute un double kyste de la glande

de Bartholin. Mourey rapporté ensuite l'historique des kystes de la vulve. Nous résumons ici brièvement son exposé : Regnoli (de Pise) décrit cinq variétés de kystes de la vulve. Il ne parle pas des kystes à contenu muqueux, par contre il admet des variétés de kystes séreux dont l'existence n'est pas prouvée.

Boys de Loury (observations sur les kystes et les abcès des grandes lèvres) paraît ignorer l'existence de l'appareil glandulaire, il a vu pourtant des kystes qui siégeaient manifestement dans la glande ou dans son conduit. Ces tumeurs sont désignées par Boys de Loury sous le nom de chapelet. Le siège des kystes de la vulve serait pour lui le tissu cellulaire.

Vidal (de Cassis), dans son *Traité de pathologie externe* (t. V), en 1861, reconnaît quatre causes pouvant donner naissance aux kystes de la vulve. Hugier, qui a fait une analyse du travail de Vidal, pense qu'il a exagéré la fréquence de ces kystes vulvaires et leur importance.

Le savant chirurgien de Lourcine, dans l'important mémoire lu par lui à l'Académie de médecine en 1846, s'applique à décrire avec un soin minutieux les kystes de la glande vulvo-vaginale et de son conduit.

Duplay, dans sa thèse de doctorat, en 1865, de Paris, parle des kystes séreux de la vulve.

A. Guérin et Kirmisson ont présenté à la Société anatomique un kyste sébacé qui avait le volume d'un œuf de poule (voy. *Bull.*, 1874, p. 445).

Mourey, en 1882, fit une étude très complète des kystes de la grande lèvre et de leur traitement par la ligature élastique.

S. Bonnet, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 637, décrit également les kystes et les abcès de la glande vulvo-vaginale. De 1900 à 1922, on a publié de nombreux cas sur les kystes vulvaires. Nous citerons, dans l'ordre chronologique, les ouvrages suivants : Morestin, *Kyste de la petite lèvre* (*Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1901); Abadie, *Kyste de la petite lèvre à épithélium cylindrique* (*Montpellier méd.*, 1903,

p. 208); Fayre-Ficot, *Les kystes congénitaux de la vulve* (Montpellier, 1903, 44 p.); Riche, *Kyste de la petite lèvre* (Bull. et mém. Soc. anat. de Paris, 1903, p. 711-714); Froëlich, *Tumeur congénitale de la grande lèvre droite* (Rev. mensuelle de méd. de l'enfance, Paris, 1907, p. 120-123); Morestin, *Kyste dermoïde de la grande lèvre* (Bull. et mém. soc. anat. de Paris, 1911, p. 587); Péraire, *Kyste de la petite lèvre droite* (Bull. et mém. Soc. anat. de Paris, 1913, p. 531); Duvergey (J.) et Fichez (A.), *Les kystes des petites lèvres; A propos d'un cas de kyste muqueux de la petite lèvre* (Gaz. hebdomadaire Soc. méd. de Bordeaux, 1922, p. 218-221). La plupart de ces auteurs insistent sur la fréquence du kyste de la grande lèvre comparativement à celui de la petite lèvre.

La rareté du lipome de la grande lèvre a été soulignée par tous les auteurs. Dans la statistique de Grosch, en 1887, on trouve seulement 3 cas sur 631 tumeurs du mont de Vénus (0,47 p. 100) et 12 cas sur 716 tumeurs de la grande lèvre (1,67 p. 100). Kelly, en 1894, rassemble dans toute la littérature 20 cas dont 1 personnel. Urich, en 1925, publie une nouvelle observation. Ducuing, quelques années auparavant, avait rapporté un cas de lipome pur symétrique et congénital des ligaments ronds. Si nous ajoutons à ces cas ceux de Sturm Dorf, J.-B. Murphy, W.-H. Condit, F. de Gironcoli, c'est un total de 27 observations. Enfin, H. Mindor et A. Sicard rapportent une observation, dans la *Presse Médicale*, n° 78, du 30 septembre 1933, du lipome de la grande lèvre.

L'histoire des tumeurs fibreuses de la grande lèvre ne date pas de très loin. Pendant de longues années, elles ont été indistinctement confondues sous le nom de molluscums et d'éléphantiasis. Les bulletins de la Société de chirurgie et de la Société d'anatomie sont remplis de discussions qui montrent assez combien on était loin de s'entendre sur la véritable nature de ces tumeurs. C'est surtout à propos du molluscum que l'accord a le plus tardé à se faire. Les opinions de Mallassez, en 1871, et de Hardy étaient différentes. Dick, en 1834, à Glasgow, enleva un moluscum généralisé,

et après en avoir fait l'examen, trouva la tumeur composée d'un tissu cellulaire dur, assez semblable au tissu fibreux. Dans un autre cas semblable, il retrouva exactement la même organisation. Toutefois, c'est dans la communication du Professeur Verneuil, à la Société de biologie, que le siège et la structure du molluscum sont définitivement établis. En réalité, il s'agissait d'un fibrome dermique pédiculé, siégeant à la région postérieure du cou et non d'une tumeur de la vulve, mais nous mentionnons cette communication, car elle nous paraît inaugurer une ère nouvelle dans l'histoire de ces tumeurs. A partir de ce moment, le molluscum est classé, c'est un fibrome dermique.

C'est à Boyer, en 1846, que revient l'honneur d'avoir décrit les tumeurs fibreuses proprement dites des grandes lèvres.

Depuis, Bérard et Velpeau les signalent, mais sans paraître y attacher une grande importance. Humbert, dans sa thèse de Paris, en 1851, sur les tumeurs des grandes lèvres, puis Malgaigne, rapportent des exemples de tumeurs fibreuses. Vidal (de Cassis), puis Fano, commettent une erreur en considérant ces tumeurs comme une hypertrophie de la glande vulvo-vaginale. Nélaton leur consacre un paragraphe d'une vingtaine de lignes. La thèse de Aumoine et le mémoire de Duplay ont bien fait connaître l'origine et l'anatomie pathologique du fibrome et du fibro-myome du ligament rond. On trouve ensuite les excellents articles de Michel dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et de Heurtaux dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Puis vient l'intéressant mémoire de Marfan sur le molluscum simple de la grande lèvre en 1882 et la thèse d'Amourel sur les tumeurs fibreuses des grandes lèvres en 1883, à laquelle nous avons beaucoup emprunté pour l'établissement de cet aperçu historique.

Boudet, dans sa thèse, en 1883, rapporte un cas de molluscum. Depuis, le molluscum et les tumeurs fibreuses de la vulve ont fait l'objet de nombreux travaux de la part de Legueu, Morel et Jeannel, en 1904; de Loumeau, en 1906 et

1907; de l'Américain Schumann, en 1907; de Petit, en 1908. Letulle, en 1910, et Bonnel, en 1912, ont décrit des cas de léiomyomes vulvaires. Bullard, en 1915, et Léonard, en 1917, se sont également occupés de tumeurs fibreuses de la vulve, ainsi que Fullecken et William, en 1925. Giraud a décrit un fibromyome de la vulve à la Société de chirurgie, séance du 12 mai 1930.

CHAPITRE II

DIVERSES TUMEURS BENIGNES DE LA VULVE

Nous ne nous occuperons dans ce chapitre que des principales tumeurs bénignes de la vulve, que nous décrirons succinctement. A la fin de cet ouvrage, nous avons reproduit des observations de ces différentes tumeurs.

I. — *Kystes de la vulve.*

a) *Les kystès sébacés* sont extrêmement rares; on les trouve soit dans l'épaisseur d'une grande lèvre, soit dans le sillon qui sépare les grandes lèvres des petites, leur volume est variable. A. Guérin et Kirmisson en ont présenté à la Société anatomique un qui avait le volume d'un œuf de poule (voy. *Bull.*, 1874, p. 445).

b) *Les kystes séreux*, encore appelés kystes du canal de Nüek. Ce kyste est l'équivalent, chez la femme, de l'hydrocèle congénitale de l'homme.

Sa paroi est un segment du diverticule péritonéal embryonnaire (canal de Nüek) qui, normalement, s'oblitère au septième mois. Sa cavité, uniloculaire, peut être reliée à la cavité péritonéale par un canal filiforme (hydrocèle communicante du canal de Nüek). Son contenu, séreux, est citron ou sanglant. Observé surtout de 30 à 50 ans, et à droite, il forme une tumeur ovale, mobile, translucide et mate, incluse dans la grande lèvre à la sortie du canal inguinal que prolonge son grand axe et où elle peut s'engager (fausse réduction; la réduction vraie avec impulsion vraie caractérise l'hydrocèle communicante); son volume modéré (noyau de

pêche) peut devenir énorme (tête fœtale); la tumeur est alors gênante et se pédiculise. Plusieurs kystes sont parfois superposés en chapelet.

c) *Kystes de la glande de Bartholin*. — Ils siègent à la partie inférieure de la grande lèvre et naissent du canal excréteur (kystes superficiels, les plus fréquents, les plus apparents, saillant transversalement sous la petite lèvre), des glandes accessoires, ou de la glande elle-même (kystes profonds, plus volumineux, oblongs, saillant plutôt en dehors).

d) *Kystes produits par la dilatation des follicules muqueux*. — « Ces kystes, dit Aubenas (*Des tumeurs de la vulve*, thèse d'agrégatin de Strasbourg, 1860), se trouvent surtout à l'entrée du vagin ou au pourtour du méat urinaire; ils sont plus étendus que les kystes sébacés, très superficiels, recouverts par une muqueuse tendue, luisante, extrêmement mince, à travers laquelle on distingue très facilement la couleur du liquide qui y est contenu. Ces poches sont susceptibles de se déchirer par un mouvement brusque, ou, quand elles sont plus résistantes, de s'enflammer sous l'influence de causes si souvent citées (affections blennoragiques, coït excessif).

e) Mourey, dans sa thèse de Paris, 1882, signale comme pouvant donner naissance à des kystes des abcès et des épanchements sanguins.

II. — *Angiomes*.

Nous allons résumer ici brièvement l'anatomie pathologique des angiomes vulvaires qui ne diffère en rien de celle des autres angiomes. Les angiomes sont dits simples ou caverneux, selon qu'ils sont constitués uniquement de capillaires anastomosés entre eux; ou, au contraire, en partie par des lacs sanguins irréguliers. Au point de vue clinique et traitement, il existe deux grandes variétés : l'angiome circonscrit assez bien délimité et l'angiome diffus envoyant en tous sens des prolongements. Le plus souvent, les

angiomes deviennent stationnaires ou croissent lentement, d'autres, au contraire, augmentent rapidement, s'ulcèrent et peuvent provoquer des hémorragies graves.

Il semble que ces tumeurs se développent à partir d'un *nœvus* congénital.

Ils sont en général peu volumineux et siègent le plus souvent au voisinage du méat urinaire. Les phénomènes qu'ils présentent sont peu marqués; on a signalé du ténésme, des envies fréquentes d'uriner, et une véritable hyperesthésie (Trélat). Hormis le cas où l'angiome rétrocede de lui-même dans les premières semaines, il y a tout lieu de juger, quand on le constate, qu'il ne pourra qu'augmenter, il faut donc lui appliquer un traitement que nous indiquerons plus loin.

III. — *Lipomes.*

Cette variété de tumeur est rare à la vulve, où elle est le plus souvent confondue avec d'autres, le fibromyome en particulier. Ils se développent dans le tissu adipeux du Mont de Vénus ou des grandes lèvres, qui peuvent prendre des dimensions considérables. Ils ont de la tendance à refouler la peau devant eux par leur poids, à former en l'attirant des tumeurs pédiculées, mobiles, assez molles et bosselées par endroits.

IV. — *Tumeurs fibreuses.*

Nous étudieront brièvement et successivement le *molluscum* et les fibromes de la grande lèvre.

a) *Molluscum pendulum*. — C'est un fibrome du derme. Son étiologie est obscure. On a invoqué l'hérédité, un développement intellectuel et physique incomplet, les contusions ou les troubles des organes génitaux; on ne peut dire s'il est ou non congénital. Le volume de la tumeur est très variable; elle peut n'être qu'une petite saillie ou devenir de la grosseur d'une poire, du poing, et former une sorte de sac qui descend jusqu'aux genoux. Le pédicule peut manquer quand la tumeur est petite, mais il existe toujours

quand elle a acquis un certain volume. La tumeur est divisée par des sillons plus ou moins profonds en tumeurs secondaires de volume variable. La peau qui la recouvre est normale, pigmentée comme le scrotum quand le molluscum n'est pas trop volumineux et les sillons peu profonds; dans le cas contraire, le derme est excorié, ulcéré au fond des sillons, qui laissent échapper de la sérosité, du sang, du pus. Les poils sont conservés, mais, vu la distension de la peau, ils sont espacés; parfois ils semblent s'enfoncer dans le derme, ce qui a fait penser que le point de départ de tout molluscum se trouvait dans le tissu fibreux qui entoure le bulbe pileux (Fagge et Howse).

b) *Fibromes de la grande lèvre.* — Dans ce genre de tumeurs rentre, d'après Amornel :

- 1° le molluscum simplex;
- 2° le fibrome aponévrotique ou capsulaire dont Morton et Simpson ont donné des exemples;
- 3° le fibrome périostéique adhérent par un prolongement à l'ischion et au pubis (Burguet d'Aix, F. Churchill);
- 4° le fibrome du ligament rond, décrit par Verneuil, Duplay, etc. (Thèse d'Aumoine, Paris, 1876);
- 5° les fibromes mélangés de fibres musculaires, lèvres ou fibromyomes, variété que Picqué pense faire double emploi avec la précédente.

La tumeur pédiculée sessile, quelquefois lobulée, varie du volume d'une noix à celui du poing ou d'une tête de fœtus à terme; sa consistance est pâteuse, avec des points plus mous ou plus durs; elle est mobile sur les parties profondes, sauf les cas d'adhérence ou périoste.

V. — *Végétations.*

Ces tumeurs, désignées communément sous le nom d'excroissances, de choux-fleurs, de tumeurs verruqueuses, condylomes, poireaux, etc., sont réunies par groupes sur une

partie ou la totalité des organes génitaux externes (voy. Ch. Mauriac, art. *Végétation* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiquées*). Elles sont pédiculées ou sessiles.

Elles surviennent le plus souvent dans le cours d'affections vénériennes, syphilis ou blennorragie, mais on rencontre nombre de femmes qui sont atteintes de ces affections sans présenter de ces végétations, et dans beaucoup de cas les végétations développées sur des syphilides guérissent par le traitement local seul. On peut admettre une sorte de prédisposition à ces végétations qui se développent lorsque surviendraient ces affections, de même que la grossesse, etc., d'autant plus que Diday, sur 55 cas de végétations, a trouvé que 47 des malades avaient des verrues en d'autres points du corps. D'après des faits mentionnés par de Sinéty, Warthon, etc., on peut admettre que ces papillomes sont contagieux.

Ces végétations sont constituées par une hypertrophie des papilles de la peau ou de la muqueuse vulvaire; leur nombre varie beaucoup, de même que leur volume, qui peut atteindre celui d'un œuf et exceptionnellement celui d'une tête d'adulte. Le tégument qui les recouvre est tantôt d'un blanc rose, tantôt rouge, congestionné, ce qui donne alors aux papillomes l'aspect d'une tumeur érectile. Il existe le plus souvent un écoulement purulent, fétide, et les parties irritées provoquent des douleurs, qui, indépendamment de la gêne exercée par le volume de l'excroissance, empêchent les malades de s'asseoir.

Pour l'établissement de ce chapitre, nous nous sommes inspiré du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, de la *Pratique médico-chirurgicale* et des thèses de Mourey sur les kystes, d'Amourel sur les tumeurs fibreuses et d'Aubenas sur les tumeurs de la vulve.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Avant de nous occuper du traitement des tumeurs de la vulve, il nous a paru indispensable de résumer brièvement le diagnostic différentiel de ces différentes tumeurs. Nous ne nous intéresserons pas dans ce chapitre aux tumeurs bénignes de la vulve excessivement rares, comme le myxome ou l'ostéome. On ne peut pas confondre le cancer avec les tumeurs vasculaires qui n'en ont pas la consistance et ne se généralisent pas; ni avec les kystes, qui peuvent être durs, mais sans adhérence aux parties voisines quand ils ont un volume même considérable. De plus, seul le cancer s'accompagne d'engorgements ganglionnaires et souvent on aura eu à constater l'existence antérieure de plaques de psoriasis. Les kystes diffèrent de l'engorgement, dit Huguier, par leur marche et leur durée, qui sont en général plus lentes et plus longues, leur insensibilité propre, leur forme encore plus régulièrement arrondie que celle de l'engorgement, la régularité de leur surface, leur consistance uniforme, leur fluctuation et souvent la possibilité de reconnaître la glande elle-même sur un des points de leur circonférence, leur face externe par exemple, si c'est le conduit qui s'est converti en kyste.

Les abcès ne peuvent pas être davantage confondus avec ces tumeurs bénignes. En effet, dans ce cas, dit Mourey, il y a de la rougeur de la peau, le toucher est plus ou moins douloureux. La malade a souvent de la fièvre et éprouve la sensation pénible de battements artériels. La marche de

l'affection n'est pas la même, l'évolution de l'abcès a lieu en deux ou trois jours, la douleur sourde du début devient lancinante, avec irradiations dans la cuisse correspondante. La station debout est pénible, et la malade, pour marcher, est obligée d'écarter les jambes.

L'œdème scléreux qui accompagne certaines syphilides et sur lequel Fournier a appelé l'attention dans ses leçons cliniques « consiste en une tuméfaction avec rénitence singulière. Les grandes lèvres, tout en restant indolentes, acquièrent un volume double, triple, quadruple, de leurs proportions normales, et en même temps durcissent d'une façon étrange. La dureté qu'elles présentent dans ces conditions n'est ni celle de la tension œdémateuse qui se laisse déprimer sous le doigt, ni celle de l'engorgement inflammatoire à rénitence pâteuse, c'est une sorte de dureté *sui generis*, sèche, élastique, non dépressible, parcheminée. C'est la dureté du scléreux en un mot... Enfin, les grandes lèvres affectées de cette façon sont généralement d'un rouge sombre, et les petites d'un rouge assez vif ».

Occupons-nous maintenant du diagnostic différentiel des principales tumeurs bénignes.

On peut établir d'abord deux groupes dans les différentes grosseurs que l'on rencontre au niveau de la vulve suivant qu'elles sont molles ou dures. Les grosseurs molles sont les varices, les hernies, les kystes, les lipomes, les grosseurs dures sont l'éléphantiasis, le molluscum, le fibrome, le cancer.

Les varices sont faciles à reconnaître en faisant coucher la malade; la réduction s'opère alors, et la grosseur reparaît si l'on fait lever ou pousser. La hernie de la grande lèvre se réduit moins facilement, car il faut toujours employer un certain effort, et se reproduit moins vite.

Les kystes séreux sont lisses, transparents et siègent à la partie supérieure des grandes lèvres, ce qui sert à les distinguer des kystes muqueux ou de la glande vulvo-vaginale, qui siègent au tiers inférieur. D'autres kystes peuvent

accompagner le cancer de la vulve (Levrat) et siéger par conséquent en différents points, en rapport avec le siège du cancer, dont l'existence servira à le distinguer des autres variétés de kystes.

Lorsque la tumeur est réductible, il faut la diagnostiquer d'avec les hernies de la grande lèvre, avec lesquelles elle coïncide souvent. Il est important de s'assurer de la réductibilité lorsqu'on veut intervenir chirurgicalement.

Les lipomes sont très rares et acquièrent souvent des dimensions beaucoup plus considérables que les kystes. Le diagnostic peut être fait à l'aide d'une ponction exploratrice. A cause de leur siège et de leur consistance, on peut les confondre avec le kyste du canal de Nück.

Le molluscum simplex peut être confondu avec l'angiome sous-cutané circonscrit, lorsqu'il est vidé et flétri, mais celui-ci est toujours de petit volume (Monod), siège au voisinage du méat urinaire et s'accompagne d'hyperesthésie (Trélat); avec l'épithélioma, mais ici la tumeur ne se pédiculise pas et s'ulcère bientôt; avec les végétations, mais elles n'ont ni l'étiologie ni la consistance, ni l'aspect du molluscum; avec l'esthiomène hypertrophique, mais celui-ci est plus étendu en superficie, plus souvent ulcéré, et d'une coloration violacée, livide; avec l'éléphantiasis, affection rare qui coïncide ordinairement avec des lésions analogues du membre inférieur; avec le sarcome, dont la consistance est plus dure, élastique, la coloration violacée, livide, rougeâtre et l'évolution beaucoup plus rapide.

Les fibromes sont plus durs que le molluscum. Ils peuvent être confondus avec certains kystes très durs du sac dar-toïque (Verneuil); avec le sarcome, dont la marche plus rapide et la généralisation serviront à le distinguer; avec l'ostéome et l'enchondrome, qui sont beaucoup plus durs; avec les gommes, qui ont des caractères et une évolution tout autres; avec la hernie de l'ovaire, qu'il suffit de signaler.

Les végétations sont faciles à reconnaître. Il faudra cependant éviter de les confondre avec les petits kystes congé-

nitaux de l'hymen chez les nouveau-nés, décrits en particulier par Ziegenspeck (*Arch. f. Gyn.*, t. XXXII, p. 159, 1888).

Le diagnostic des angiomes est facile, d'après leur coloration rouge framboisé, leur vascularisation; on pourrait cependant les confondre, quand ils sont peu volumineux à leur début, avec les petits polypes muqueux qu'on trouve souvent dans le voisinage du méat urinaire et parfois autour de l'orifice hyménéal.

CHAPITRE IV

MARCHE — PRONOSTIC — COMPLICATIONS

La plupart de ces tumeurs ont une évolution et un pronostic relativement bénins. Cependant, certaines de ces tumeurs peuvent donner lieu à divers accidents que nous allons sommairement étudier.

L'infection peut compliquer les kystes séreux, et on les confondra alors fréquemment avec une hernie étranglée.

La marche des kystes de la glande de Bartholin est lente, insensible. Cependant, ils peuvent, par leur développement, gêner la marche, l'accouchement, la miction, l'écoulement des liquides vaginaux, deviennent turgides, sensibles pendant la menstruation. Sous l'influence d'un coït excessif, d'une grande fatigue, ils s'enflamment quelquefois et il se fait un épanchement de pus dans leur intérieur (Aubenas). Ils pourraient même aboutir à un phlegmon de la grande lèvre avec engorgement des ganglions inguinaux (Leroux, Lerat, Fauvel). Leur ouverture spontanée peut être alors suivie de suppuration interminable et de fistulation. D'autre part, Métereau indique, dans sa thèse de Bordeaux 1934, que ces kystes peuvent subir une dégénérescence maligne. Bonnet admet qu'ils peuvent donner des épithéliomas vulvaires. Lerat en aurait vu deux cas. En tout cas, cette transformation est extrêmement rare. En résumé, la principale complication des divers kystes vulvaires est l'infection menant à la suppuration.

Les lipomes ne sont point douloureux et ne gênent que par leur volume et leur poids. Si un lipome se développe en lar-

geur, tend à grossir sans se pédiculiser, on comprend qu'il puisse devenir cause de dystocie en couvrant une grande partie de la vulve.

Quant aux tumeurs fibreuses, il y a lieu de distinguer au point de vue du pronostic les tumeurs superficielles ou dermoïdes des tumeurs profondes qui se développent dans les aponévroses et dans le périoste.

Amourel, dans sa thèse de Paris 1883, rapporte 9 cas de ces tumeurs dermoïdes où les suites de l'opération furent des plus simples et la guérison obtenue, sauf une seule fois, où l'extirpation présenta quelques difficultés. En résumé, la marche lente du fibrome dermoïde, son entière indolence, la persistance constante, quel que soit son développement, d'un bon état général, la facilité de son extirpation et le peu de dangers qu'elle offre, enfin l'absence de récurrence, rendent le pronostic de cette variété de tumeurs extrêmement favorable. Ce qui l'assombrit un peu, c'est la possibilité des hémorragies; c'est que, par leur poids et par leur volume, ces tumeurs peuvent gêner l'accomplissement de certaines fonctions, miction, défécation, coït; c'est enfin que, dans tous les cas, elles constituent une difformité des plus fâcheuses, qui peut être pour les malades une source d'ennuis et de chagrin. Quand aux tumeurs profondes, le pronostic est beaucoup moins favorable. La dissection est extrêmement laborieuse, par suite des adhérences possibles de la tumeur avec le rectum, le vagin ou la vessie, etc., qui peuvent provoquer des déchirures. D'ailleurs, sur 8 cas, Amourel compte 4 guérisons et 4 morts. Cependant, dans tous les cas fatals, les malades avaient, en raison même de son apparente bénignité, gardé leur tumeur pendant plusieurs années, et ne s'étaient décidées que tardivement à réclamer l'intervention du chirurgien. Le chirurgien ne saurait donc trop se hâter d'opérer en présence de ces tumeurs.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Dans ce chapitre, qui sera le plus important de notre travail, nous allons examiner les divers traitements qui furent successivement utilisés pour guérir les diverses tumeurs bénignes de la vulve et nous allons tâcher de déterminer quel est le meilleur traitement pour chacune de ces différentes affections.

I. — *Traitement des kystes vulvaires.*

Les divers moyens de traitement proposés sont nombreux, nous les passerons rapidement en revue et nous ferons connaître en dernier celui auquel nous croyons devoir donner la préférence.

Hughier a préconisé le traitement antiphlogistique. Si on se trouve en effet en présence d'un kyste du conduit avec inflammation des grandes lèvres, on peut employer les émollients dans le but de faire disparaître l'inflammation et d'obtenir la désobstruction du canal. Cependant, si ce traitement antiphlogistique a échoué au bout d'une quinzaine de jours, on devra l'abandonner et avoir recours à un traitement chirurgical proprement dit. Quant aux autres kystes, ils paraissent peu susceptibles d'être modifiés par des antiphlogistiques, il serait d'ailleurs difficile de montrer de quelle façon ces derniers pourraient agir

Si l'on pratique une simple ponction ou une petite inci-

sion, le contenu du kyste, souvent très épais, se vide mal, la petite plaie se cicatrise promptement, et la récidive ne se fait pas attendre, ou, si la cicatrisation n'a pas lieu, on voit s'établir une fistule dont la guérison sera très longue.

On en est ainsi arrivé à pratiquer de grandes incisions.

Velpeau la fait sur le côté externe; il évite ainsi le contact de l'autre lèvre, qui, au lieu de gêner l'écoulement du pus, presse et l'aide à sortir (*Gazette des hôpitaux*, 1848, p. 94).

Pour éviter les fistules, Blandin étend l'incision de la partie antérieure à la partie postérieure de la vulve et conseille le tamponnement du fond de la plaie avec de la charpie (*Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 347). Bois de Loury pratique des scarifications aux parois du kyste ou il en résèque plusieurs lambeaux.

Certains auteurs ont fait suivre l'incision d'une cautérisation, avec du nitrate d'argent (Robert), du nitrate acide de mercure (Huguier). Cette méthode est certainement plus sûre.

Plusieurs chirurgiens ont substitué à l'incision toujours redoutée des malades la ponction suivie d'injection modificatrice. Gosselin employait la méthode suivante, signalée dans la thèse de Mourey (Paris, 1882) : « La ponction faite et le liquide évacué, on doit faire successivement trois lavages avec de l'eau tiède, puis finalement une injection de teinture d'iode au tiers. On retient pendant quatre minutes la solution iodée dans la cavité kystique, après quoi on la fait sortir, on retire la canule et on applique un peu de collodion sur la petite plaie. » Cette méthode n'est pas toujours couronnée de succès. Leroux (thèse de Paris, 1878) donne les résultats qu'il a obtenus; la plupart sont peu favorables; il cite d'autres chirurgiens qui n'ont pas été plus heureux, de telle sorte qu'il condamne sans pitié la méthode.

Les injections d'alcool que Monod avait vu réussir souvent dans l'hydrocèle et dans certains kystes furent essayées plusieurs fois à Saint-Lazare par le Docteur Bonneau chez des femmes atteintes de kystes muqueux de la vulve. Mais les

récidives fréquentes qu'il observa ne l'encouragèrent pas à continuer.

Th. Auger, après une ponction exploratrice, injecte 4 ou 5 gouttes de la solution suivante :

Chlorure de zinc	0,10 centigrammes
Eau distillée	5 grammes

Dès que l'injection est faite, il aspire dans le corps de pompe un peu de liquide du kyste, afin d'éviter qu'il ne s'écoule de la canule quelques gouttes du caustique qui pourraient enflammer les bords de la petite plaie faite par la piqûre. Après quelques heures, il se produit une inflammation assez vive, le kyste devient tendu, douloureux, ces phénomènes inflammatoires durent de douze à quatorze heures et finissent par se calmer. Tout rentre dans l'ordre, le kyste diminue petit à petit de volume et finit par disparaître dans l'espace de quinze jours. Les succès furent assez nombreux, mais la guérison est achetée au prix d'une douleur très vive, qui dure des heures, et le caustique a quelquefois provoqué l'apparition de la gangrène.

Pour éviter les hémorragies produites par les opérations au bistouri, Verneuil (Métureau, thèse Bordeaux, 1931), a conseillé l'emploi de l'écraseur à double chaîne et le galvanocautère. C'est aussi à l'exérèse non sanglante, au thermocautère, que se rallient Leblard, Doléris, Bonnet, Petit. Le broiement a réussi trois fois à Chéron pour de petits kystes. Mourey, et avant lui Chéron, ont vanté la ligature élastique. Cette méthode n'est pas douloureuse et assez simple. Elle nous paraît être la meilleure de toutes celles que nous venons d'énumérer.

Mais en définitive, toutes ces différentes méthodes ont chacune des inconvénients. Actuellement, avec les progrès réalisés dans le domaine de l'hémostase et de l'asepsie, une seule méthode nous paraît sûre du résultat définitif : c'est l'extirpation de la tumeur qui est considérée aujourd'hui comme une opération bénigne.

Doit-on toujours pratiquer cette intervention? Il est plus prudent de s'abstenir de toute intervention chirurgicale pendant la grossesse. Ce sont surtout les opérations sur les organes génitaux externes et internes qui provoquent l'avortement. Cependant, si le kyste, par son volume, pouvait être une cause de dystocie au cours de l'accouchement, on devra pratiquer l'extirpation, même si le kyste est enflammé.

Cette intervention pourra également causer des troubles de la menstruation.

Si l'n'y a pas urgence, et si le kyste est enflammé, il faudra de préférence refroidir avec de la glace et un traitement local pour pratiquer ensuite l'extirpation à froid.

L'extirpation totale des deux glandes ne produit pas d'accidents bien définis. Bonnet aurait noté pendant un accouchement une sécheresse particulière du rebord vulvaire (Météreau).

L'extirpation de la glande de Bartholin est une opération banale. Cependant, la région étant très vascularisée, l'hémostase et la dissection ne sont pas toujours aisées. Nous allons exposer ici une technique spéciale que nous avons vu pratiquer dans le service de M. le Professeur Guyot et qui a déjà été décrite dans la thèse de Météreau en 1931, dont nous nous inspirerons pour l'établissement de ce chapitre.

TECHNIQUE.

Antiseptie. — On nettoie la vulve et on réalise l'antisepsie de la région avec de l'essence de goménol.

Anesthésie. — L'anesthésie générale avec un des anesthésiques habituels est préférable à l'anesthésie locale à cause de l'inflammation possible et de la difficulté de l'hémostase.

Mode opératoire. — Si le kyste est à droite, l'aide se place à gauche et inversement. Pour apercevoir la glande, les grandes lèvres sont écartées le plus possible et les petites lèvres érigées en dedans.

On pratique une incision verticale un peu elliptique, à concavité interne, en dehors, à la limite de la muqueuse et de la peau de la grande lèvre et sur cette peau même. Là, entre la glande en dedans et le bulbe du vagin en dehors, existe un plan de clivage que l'on retrouve le plus souvent facilement. Après avoir libéré toute la région externe de la glande, on amorce le décollement postérieur de celle-ci. Le pédicule vasculaire arrive à la glande par son pôle supéro-externe. Donc, en attirant la glande vers le bas, on tend l'artère et la veine venant des vaisseaux bulbeux. On jette une pince sur ce pédicule, on ligature et on le sectionne. Arrivé de cette façon au pôle supérieur de la glande, on trace sur la muqueuse recouvrant la glande une deuxième incision elliptique opposée qui va rejoindre les deux extrémités de l'incision primitive et qui permet de décoller la glande de haut en bas et d'avant en arrière comme une amygdale. On arrive ainsi progressivement jusqu'au pôle inférieur de la glande. On dissèque ce pôle le plus bas possible et, dans certains cas, il descend jusqu'au voisinage immédiat du rectum, qu'il faut faire attention de ne pas léser.

A ce moment, il n'existe plus qu'un petit pédicule secondaire qui retient la glande en bas, sur lequel on jette une pince, que l'on sectionne, et l'exérèse est complète.

Hémostase. — On réalise l'hémostase soigneuse de la région et on est étonné du petit nombre de ligatures nécessaire à assurer une bonne hémostase.

Fermeture. — M. le Professeur Guyot met deux ou trois crins profonds, passant au-dessous de la plaie opératoire, n'apparaissant pas dans la surface cruentée, et attachés sur une compresse.

Suites opératoires. — Il est utile de mettre une sonde de Pezzer à demeure pendant quelque temps. Sinon, faire uriner la malade en prenant des précautions pour qu'elle ne mouille pas la plaie opératoire. On peut également, avec avantage, constiper pendant quelques jours la malade.

Un pansement absorbant sera fait tous les jours soigneusement.

On enlève les crins profonds dès le troisième ou quatrième jour, et les crins superficiels assez précocement du cinquième au septième jour.

On pratiquera tous les jours des lavages antiseptiques, et la malade restera au lit jusqu'à guérison, qu'on peut fixer, sauf complication, du vingtième au vingt-cinquième jour.

Météreau, après cet exposé, résume de la façon suivante les avantages de cette méthode :

1° L'attaque externe de la glande permet immédiatement de tomber sur le bon plan de clivage. Elle répond donc à la loi générale de bonne chirurgie : « ne pas attaquer directement la tumeur. »

2° Cette même attaque permet de trouver aussitôt le pédicule principal et d'en faire l'hémostase avant de disséquer la glande, une hémostase très satisfaisante.

3° L'extirpation est réalisée en bloc, « en côte de melon » ; de la glande et d'une tranche de muqueuse le plus souvent enflammée et qui gagne à être enlevée.

Les suites opératoires sont bonnes et les résultats éloignés excellents.

Cette méthode est précieuse pour l'ablation de certains gros kystes adhérents, difficiles à extraire par les autres procédés.

II. — *Traitement des angiomes vulvaires.*

On a préconisé divers traitements. On a utilisé les injections coagulantes, la ligature élastique quand la tumeur est pédiculée. Kirmisson employait pour le traitement des angiomes quelconques l'ignipuncture à la pointe très fine du thermocautère portée au rouge sombre. Elle réussit parfois, mais peut donner lieu à des hémorragies secondaires sérieuses.

Nous envisageons deux méthodes différentes, selon que l'angiome est circonscrit, bien délimité, ou diffus, envoyant des prolongements.

Dans le premier cas, nous conseillons le traitement chirurgical qui est l'exérèse totale, l'extirpation, et, dans le second, nous préconisons l'électrolyse.

Beaucoup de chirurgiens préfèrent employer l'intervention chirurgicale dans tous les cas. Cependant, il nous semble que, dans le cas d'angiome diffus, l'électrolyse atteindra plus facilement les prolongements de la tumeur.

Nous allons décrire successivement ces deux méthodes en nous inspirant de l'article du Docteur Edouard Papin sur le traitement chirurgical des angiomes (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 1921, p. 231).

1° ELECTROLYSE. — On introduit au centre du tissu angiomateux une ou plusieurs aiguilles de platine reliées au pôle positif, l'électrode négative est appliquée en un point différent du corps. Le nombre des séances varie, mais est toujours assez long; il en faut compter une douzaine au moins pour un angiome peu étendu, à raison de deux par semaine. La tumeur durcit, à la fin du traitement; on l'abandonne à elle-même, et, au bout d'un certain temps assez long, elle disparaît.

2° EXTIRPATION. — On peut employer l'anesthésie générale ou locale. On évitera l'hémorragie en suivant la technique déjà signalée par J.-Louis Petit et sur laquelle le Professeur Denucé insiste avec raison : en circonscrivant la tumeur bien en dehors d'elle.

« L'incision qui l'entourera ne doit pas passer seulement à 2 ou 3 millimètres des limites de l'angiome, mais jusqu'à 1 centimètre. On est étonné de n'avoir aucune hémorragie, ou très minime, et l'on arrive à disséquer au bistouri, ou à cliver à la compresse la tumeur angiomateuse jusqu'à son pédicule; deux pinces sont jetées sur celui-ci, et la ligature faite on suture et on fait un pansement, le pansement est revu le deuxième jour et remplacé par un autre pansement qu'on laisse cinq jours; puis les points sont enlevés. »

On peut donc, par ce procédé, obtenir une guérison radi-

cale en une dizaine de jours, ce qu'aucun autre procédé n'eût permis d'obtenir.

A la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, le 5 mars 1931, M. Etienne expose le résultat du traitement des angiomes par la méthode sclérosante. L'injection de la solution quinine-uréthane utilisée dans le traitement des varices ne lui a donné que des succès.

III. — *Traitement des lipomes.*

Sous anesthésie générale, il faut pratiquer l'extirpation de la tumeur en passant également en dehors de la tumeur. L'ablation de cette tumeur n'offre rien de particulier à signaler.

IV. — *Tumeurs fibreuses.*

On pourra pratiquer l'extirpation chirurgicale de ces tumeurs; mais en raison de la vascularité de la région, il vaudrait mieux employer l'exérèse non sanglante au moyen du thermocautère. Cependant, comme le plus souvent la tumeur est bien délimitée, l'hémostase est relativement aisée, et l'extirpation reste la meilleure opération.

En présence des tumeurs qui nous occupent, les contre-indications relatives à la grossesse et aux divers états diathésiques nous paraissent à peu près absolues.

A moins, en effet, que la tumeur ne soit un obstacle pour l'accouchement, on devra attendre pour l'enlever que la femme ne soit plus sous l'influence de l'état puerpéral. De même, si la constitution est mauvaise, s'il y a, par exemple, du sucre ou de l'albumine dans les urines, l'opération ne devra être tentée que dans les cas extrêmes, et alors que les troubles fonctionnels graves et l'état moral de la maladie la réclameront impérieusement.

V. — *Traitement des végétations fibreuses.*

L'ablation chirurgicale de ces végétations peut provoquer des hémorragies graves quand les verrues sont volumineuses. La récurrence survient fréquemment, aussi faut-il la surveiller avec soin et intervenir à la moindre menace. Duplay est d'avis que ces végétations n'ont rien de spécifique et qu'après l'ablation les soins de propreté suffisent pour éviter la récurrence. Avant l'emploi des antiseptiques, l'ablation des végétations a été suivie quelquefois de pyohémie.

Nous lui préférons la curiethérapie pour enlever ces végétations, qui sont plutôt un incident au cours de la grossesse qu'un accident, mais qui entretiennent cependant un suintement fétide, cause fréquente de prurit et d'érythème et qui rendent encore plus difficile l'asepsie de la zone génitale au moment de l'accouchement.

Nous reproduisons ici la communication de M. P. Degrais (*Gynécologie et obstétrique*, Paris, 1921, p. 493-495) sur la curiethérapie des végétations vulvaires au cours de la grossesse.

« Alors que pour MM. Ribemont, Dessaigne et Lepage, il est dangereux, ou tout au moins inutile, d'instituer contre les végétations un traitement chirurgical (grattage, excision, cautérisation) pendant la grossesse, Porak est, par contre, d'avis d'opérer les femmes qui, au cours de la grossesse, ont des végétations très développées; les applications de radium ne pourront que rallier tous les suffrages puisqu'elles sont absolument indolores, ne sont suivies d'aucune réaction fâcheuse, font littéralement fondre les végétations et rendent ainsi à la zone génitale les caractères les plus appropriés à la meilleure asepsie pour le jour de l'accouchement. »

TECHNIQUE. — Celle-ci différera principalement au point de vue instrumentation, suivant que les végétations seront vulvaires ou auront envahi le vagin.

Dans le cas de végétations vulvaires, nous utilisons les

appareils à vernis, et, dans le cas de végétations vaginales, les tubes radifères.

Nous n'étudierons que la technique de la curiethérapie des végétations vulvaires. Dans ces cas, nous utilisons donc les appareils à vernis. Ces appareils, qui, pour certains, n'auraient plus qu'un intérêt préhistorique, sont indispensables dans l'arsenal d'un curiethérapeute, quoique dans l'esprit de nombreux médecins la valeur d'un traitement ne réside que dans l'emploi de tubes et principalement d'aiguilles. Leur maniement, certes, en est fort délicat. Ils s'offrent à nu, n'ayant pas cet écran constant que présentent les tubes et les aiguilles du fait de l'épaisseur de leur paroi, écran qui absorbe une grande partie du rayonnement utilisable du radium, 3,2 p. 100 environ des rayons β considérés comme inutiles, sinon comme dangereux, en raison de leur soi-disant causticité. Or, celle-ci n'existe pas plus pour les rayons β que pour les γ ; leur pénétration, plus faible que celle de ces derniers, fait qu'une erreur de dosage se traduit par des phénomènes superficiels qui portent à accuser le rayon alors que toute la faute revient à celui qui en a mal dosé l'emploi. C'est pourquoi, nous le répétons, l'utilisation du rayonnement β demande plus de doigté, plus d'expérience que l'utilisation du rayonnement γ . Tout est question de dose, de filtrage, de temps d'exposition et aussi de sensibilité inhérente aux tissus qui présentent de grandes difficultés selon les régions.

Ces raisons, qui semblent plaider en défaveur de la maniabilité des appareils à vernis, sont de mauvaises raisons pour en faire rejeter leur emploi.

Tout radiumthérapeute doit savoir utiliser dans la gamme d'un rayonnement radique la qualité de rayons la plus susceptible de s'appropriier le mieux aux modifications cellulaires recherchées.

Il se trouve précisément que toutes les lésions végétantes de la peau cèdent rapidement sous l'action du rayonnement global qui se montre le plus souvent le meilleur traitement

- des végétations vulvaires. Nous utilisons dans ce cas des appareils de 4 centimètres carrés contenant 40 milligrammes de bromure de radium laissés en place trois quarts d'heure à une heure, suivant l'épaisseur des végétations. L'appareil est enveloppé d'une mince lame de feuille anglaise uniquement dans un but de protection de l'appareil.

Dans le cas de végétation à large base d'implantation, ou si un traitement caustique susceptible d'avoir créé un tissu cicatriciel a été institué, nous préférons recourir à un léger filtrage; grâce à celui-ci, sans crainte de réaction, nous pourrions prolonger l'application et laisser le rayonnement agir plus longtemps sur les couches profondes.

Les mêmes appareils que précédemment seront utilisés avec un écran de 1/10 de millimètre de plomb, feuille anglaise de 1/10 de millimètre d'épaisseur. Le temps d'application variera de trois à cinq heures, suivant l'épaisseur des végétations.

Il est nécessaire de protéger par du plomb de 3/10 de millimètre d'épaisseur les régions de peau saine subsistant entre les végétations qui peuvent être recouvertes par le même appareil.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Service de M. le Professeur GUYOT, in Thèse de Météreau,
Bordeaux, 1931).

Mlle A... (J.), 32 ans, sans profession.

Entre dans le service le 15 juin 1931 pour une tumeur de la petite lèvre. Il y a environ neuf ans, la malade, après un premier accouchement, s'est aperçue qu'elle présentait à la petite lèvre droite une tumeur grosse comme un pois, indolore, ne la gênant pas. Mais, depuis cette tuméfaction, a progressivement augmenté de volume, jusqu'à gêner la malade, surtout lors des rapports. C'est pour cela qu'elle vient consulter.

A l'examen, on constate une grosse tumeur, de la grosseur d'un pois, logée dans la petite lèvre droite qui disparaît presque complètement. Cette tumeur est rénitente, ne pénètre presque pas dans le vagin, dont la paroi est souple et non infiltrée.

Opération le 26 juin 1931. Ablation sous anesthésie générale d'un kyste de la glande de Bartholin, avec sutures *per primum*.

Au 1^{er} juillet : suites opératoires normales, la partie inférieure de la suture s'est légèrement disjointe, avec formation d'une petite cavité que l'on panse à plat.

La malade sort guérie le 16 juillet 1931.

OBSERVATION II.

(Service de M. le Professeur GUYOT).

Extirpation d'un kyste et de la glande de Bartholin.

Mme B... (Marie-Louise), 48 ans, brodeuse, entre à l'hôpital le 2 avril 1930 pour une bartholinite, envoyée par le Docteur Marc Rivière. Elle a quelques pertes jaunâtres empesant le linge. L'affection a débuté il y a une quinzaine de jours, vers le 15 mars. On vit apparaître une grosseur du volume d'une noix, puis la grosseur diminua jusqu'au volume d'une bille.

M. Guyot opéra cette malade le 8 avril 1930. Il pratiqua une incision oblique partant à deux travers de doigt de la vulve et se dirigeant vers l'anus. Un aide a son doigt dans le vagin et refoule la tumeur que l'on excise sans l'ouvrir. Hémostase de nombreux petits vaisseaux. Suture en deux plans. Le lendemain, la température est normale. Les points sont enlevés le 14 avril. Le drainage filiforme fut enlevé le 11 avril.

Bonnes suites opératoires.

La malade sort guérie le 24 avril 1930.

OBSERVATION III.

M. GUYOT, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1903, p. 672).

Angiome caverneux de la vulve chez une petite fille.

Les tumeurs vasculaires de la vulve sont rares si on met de côté les tumeurs variqueuses développées chez certaines femmes à l'occasion d'une grossesse. Aussi nous a-t-il paru intéressant de vous montrer un cas d'angiome carverneux de la vulve observé chez une fillette de 6 ans. Chez cette enfant, les cuisses étant écartées, on est frappé par l'existence d'une déformation notable de la région vulvaire, conséquence de l'existence de deux tumé-

factions anormales de volume différent, mais de caractères physiques identiques.

Le bord libre de la grande lèvre du côté gauche n'existe que tout à fait à sa partie supérieure dans l'étendue de 2 centimètres environ; à ce niveau, la grande lèvre paraît soutenir une tumeur qui l'étire par en bas en la déformant.

Cette tumeur, du volume approximatif d'une amande, dépasse très sensiblement la ligne médiane, cachant à peu près complètement la ligne médiane génitale; à sa partie inférieure, cette petite tumeur repose sur les reliefs latéraux de la région; en dehors, elle se continue insensiblement avec la face externe de la glande qui est étirée, aplatie et très notablement élargie en même temps. En dedans, la tumeur englobe la petite lèvre, qui fait partie intégrante du relief anormal. Le bord droit de la saillie que nous venons de décrire présente tout à fait à sa partie supérieure une échancrure à travers laquelle on aperçoit un second lobe bien moins volumineux que le premier, dont il ne représente guère que le quart. Ce lobe médian est indépendant de la grande lèvre droite, qui est intacte, mais il est constitué par le clitoris, son capuchon et la partie supérieure de la petite lèvre droite. A son extrémité inférieure, il est croisé par le bord droit de la tumeur gauche, qui se porte à droite, ainsi que nous l'avons décrit. Ces deux petites tumeurs sont d'apparence irrégulière, bosselée et finement lobulée. La peau qui les recouvre est de coloration violacée et rouge par places; la pression en amène l'affaiblissement partiel, suivi très vite de gonflement lorsque celle-ci cesse. On ne constate aucun mouvement de battement ou d'expansion.

Si l'on vient à refouler à gauche la tumeur gauche, on se rend compte qu'il n'y a qu'une seule tumeur en deux lobes; que la coloration de la muqueuse vulvaire ne se continue pas avec la muqueuse du méat, qui est indemne de toute altération.

Nulle part on ne trouve de fissure ou autres ulcérations. La configuration et l'aspect sont trop typiques pour qu'il y ait un doute sur la nature de la tumeur, qui est un angiome caverneux, affection qui, par sa rareté, méritait d'être décrite.

M. Guyot préféra employer l'électrolyse à l'extirpation de cette

tumeur, car il pensait que le voisinage d'une muqueuse pouvait faire penser à l'existence de diverticules qu'à l'électrolyse atteindra plus facilement. Une seconde intervention ultérieure eut pour but l'excision de la cicatrice fibreuse consécutive au traitement électrique.

OBSERVATION IV.

(In *The American journal of Obstetrics and gynecology*,
1923, p. 407.)

Angiome chez une fillette de 4 mois.

À la naissance, un nœvus fut observé dans la région de la grande lèvre gauche. Il grandit progressivement, et au moment de l'opération présentait 15 millimètres de diamètre et 2 millimètres d'élévation au-dessus de la peau. La peau montrait une légère tendance à l'ulcération. La tumeur fut excisée et un examen microscopique montra un angiome typique.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

Kyste suppuré de la glande de Bartholin gauche.

Mlle P... (Simone), 18 ans, entre dans le service de M. le Professeur Bégouin, le 10 janvier 1933, pour une grosseur au niveau de la grande lèvre gauche.

Début il y a huit jours. Le 2 janvier, la malade s'est aperçu qu'elle souffrait de la région vulvaire en marchant. Le soir, elle a constaté au toucher que sa grande lèvre gauche était grosse comme une noisette. Le lendemain elle a grossi et est resté telle jusqu'au 8 janvier. La grosseur devient comme un œuf de poule le 10, et les souffrances deviennent alors presque intolérables. En même temps les règles surviennent.

À l'examen, le 11 janvier, la grande lèvre a presque complète-

ment diminué de volume, car le kyste s'est vidé pendant la nuit. Il s'est écoulé un liquide hémorragique brunâtre, sentant mauvais. Au toucher, la grande lèvre gauche est très douloureuse, l'utérus et ses annexes sont normaux, la grande lèvre droite est normale.

Le 17 janvier 1933, le Docteur Dubourg a pratiqué, sous anesthésie à l'Ombredanne, l'excision de la glande de Bartholin atteinte. Une tentative de réunion *per primum* a été couronnée de succès, et la malade est sortie guérie le 26 janvier 1933.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

Kyste suppuré de la glande de Bartholin.

Mme C..., 42, entre dans le service de M. le Professeur Bégouin, le 25 février 1931, pour une grosseur de la grande lèvre gauche.

Il y a un mois et demi, la malade a constaté, en se levant, l'existence d'une petite masse du volume d'une noisette, indolente, mobile, au niveau de la vulve. Il y a quinze jours, il s'est produit une augmentation de volume rapide avec douleurs lancinantes, sans fièvre ni retentissement sur l'état général.

Elle a été opérée pour une chose analogue il y a six ans au même endroit.

Elle ne présente pas d'annexite, de pertes jaunes, ni de prurit vulvaire.

A l'examen, au niveau de la portion inférieure de la grande lèvre gauche, on trouve une grosseur du volume d'une noix, mobile sur les plans profonds et les plans voisins, indolore et non recouverte d'une peau rouge, fluctuante à la pression. Du pus ne s'écoule pas à la pression de cette tumeur. Il s'agit d'un kyste de la glande de Bartholin infecté depuis quelque temps.

M. le Professeur Bégouin, le 27 février 1931, a pratiqué l'excision en masse de cette tumeur après anesthésie à l'éther. Il a pratiqué une incision sur le bord cutané de la grande lèvre, une dissection et une excision en bloc de la glande distendue et suppurée.

Après une excellente hémostase, il a terminé l'opération par une fermeture aux crins superficiels et profonds avec un drainage au point déclive (drain n° 6). La malade est sortie guérie le 12 mars 1931.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUX.)

Papillome de la vulve.

Mme C... (Marie), 25 ans, entre dans le service de M. le Professeur Bégouin, le 17 mai 1933. La malade est envoyée par M. le Professeur Petges, qui a fait le diagnostic de papillomes de la vulve.

Le début de l'affection remonte à deux mois. La malade remarque la présence de deux petites élevures saignantes et douloureuses à la partie inférieure des grandes lèvres.

Depuis, elles ont rapidement augmenté de volume et lui occasionnent des brûlures très pénibles.

La malade est enceinte de deux mois et demi. Elle a des pertes abondantes depuis cinq mois et ressent des douleurs du bas-ventre et de la fosse iliaque gauche.

Au point de vue antécédents, elle a présenté une fausse couche de cinq mois et possède deux enfants en bonne santé.

A son entrée dans le service, les deux tuméfactions étaient de la grosseur d'un œuf environ et parsemées de granulations blanchâtres. Depuis, sous l'influence des pansements humides, elles ont pris l'aspect caractéristique ressemblant à la « crête de coq ».

Le 23 mai 1933, M. le Professeur Bégouin a enlevé ces deux masses papillomateuses en pratiquant un curetage sous anesthésie à l'éther.

Les suites de l'opération ont été normales, et la malade est sortie guérie le 3 juin 1933.

OBSERVATION VIII.

(MM. COMBY et VAUGIRAUD, in *Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris.*)

*Papillomes verruqueux hypertrophiques de la vulve.
Bons effets de la radiothérapie.*

L'enfant S..., âgée de 3 ans, entre à l'hôpital, le 3 novembre 1912, pour des végétations verruqueuses de la région vulvaire.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 37 ans de tuberculose, il y a trois ans, le jour de la naissance de l'enfant. Mère, 24 ans, éthylique. Pas d'autre enfant.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein. Au dire de la mère, les végétations dateraient de la naissance. Il semble en tout cas que leur début ignoré remonte à une époque assez ancienne.

Etat actuel (6 novembre 1912). — Il existe, au niveau des deux grandes lèvres de véritables choux-fleurs, de verrues confluentes, serrées les unes contre les autres. Au niveau du bord libre des petites lèvres existent quelques autres verrues. On en trouve quelques autres, isolées au niveau des plis inguino-crural et périnéo-crural droits.

Traitement. — 0 g. 25 de magnésie calcinée pendant douze jours. A ce moment, l'amélioration semblant peu marquée, on propose un traitement radiothérapique. La mère de l'enfant refusant le traitement, l'enfant sort le 18 novembre. Le lendemain, l'enfant est ramenée, la mère autorisant le traitement.

22 novembre : Première séance de radiographie par M. Marre. L'enfant reçoit 3 H pendant dix minutes. A l'exception d'une zone de 1 centimètre autour des grandes lèvres, les téguments voisins sont protégés par des écrans. Les verrues inguinales n'ont pas reçu de rayon.

Les jours suivants, les verrues irradiées semblent s'affaïsser notablement.

29 novembre : Deuxième séance de 3 H pendant 10 minutes sur les mêmes verrues.

6 décembre : Troisième séance analogue. L'affaissement des verrues continu, tandis que les témoins du pli inguinal ne sont pas modifiés.

L'enfant présentant un gros foie, une rate volumineuse, des érosions dentaires, atypiques, il est vrai, on fait la réaction de Wassermann.

9 décembre : La réaction de Wassermann est nettement positive. A partir de ce moment, frictions quotidiennes avec :

Onguent napolitain, 2 grammes.

A ce moment, l'affaissement paraît à son maximum, et l'on interrompt le traitement par les rayons, une rougeur assez marquée faisant craindre une radio-dermite.

12 décembre : Deux frottis décèlent des bacilles variés, mais pas de gonocoques.

20 décembre : L'enfant présente du prurigo, surtout au niveau des deux membres inférieurs, avec peut-être quelques sillons. Traitement par le baume du Pérou et le glycérolé d'amidon.

1^{er} janvier 1913 : Localement, les lésions vulvaires ne sont plus reconnaissables, les productions en chou-fleur ont disparu; il ne reste plus que quelques verrues, un peu plus saillantes qu'il y a quinze jours. Sous l'influence du traitement par les frictions mercurielles, le foie a notablement diminué de volume.

3 janvier : Les productions verruqueuses semblent s'accroître, mais légèrement, et n'ont pas le caractère hypertrophique et bourgeonnant des végétations observées à l'admission de l'enfant. Les témoins de la région inguinale n'ont subi aucune modification.

OBSERVATION IX.

(Recueillie par le Docteur BOCK, aide de clinique
du Professeur Ed. DE SMET.)

Lipome de la grande lèvre.

Mlle D..., âgée de 20 ans, a été admise dans la salle des vénériennes. Elle est atteinte de syphilis constitutionnelle. Après trois semaines de traitement par les injections hypodermiques de

sublimé, toute lésion Σ a disparu. Cette femme porte en outre dans la grande lèvre gauche une tumeur mesurant 12 centimètres de long sur 6 de large et présentant en quelque sorte la forme d'une poire suspendue par la queue à l'orifice externe du canal inguinal. Cette tumeur mobile, assez molle, présente une fausse fluctuation, elle est bosselée par place, et par le taxis paraît se réduire d'au moins la moitié. Elle avait débuté il y a un an et demi et avait le volume d'une noix quand la malade s'en est aperçue. L'aspect lobulé par place de la tumeur et son développement progressif plaident en faveur du lipome.

La malade insiste pour que nous lui enlevions cette tumeur. Tout accident syphilitique contagieux ayant disparu, nous ne croyons pas devoir hésiter à pratiquer cette opération.

La malade est chloroformée, les grandes lèvres sont lavées, désinfectées au sublimé et toutes les précautions antiseptiques sont prises. De Smet pratique une incision longitudinale dans le sens de l'axe de la tumeur et dissèque couche par couche, comme s'il s'agissait d'une hernie étranglée. La tumeur est superficielle et entourée d'une gaine fibreuse assez épaisse. Elle est constituée par une masse graisseuse qui s'énuclée en partie spontanément par l'expression de la base de la tumeur et qui est enlevée en partie par une dissection à la pince.

La tumeur se prolonge en haut dans le canal inguinal qui est élargi. On trouve autour de la masse graisseuse les fibres longitudinales du ligament rond. Cette masse est extraite avec précaution afin d'éviter de pénétrer dans la cavité abdominale et de donner lieu à une hernie consécutive. On résèque ensuite le sac fibreux et on réunit la plaie au moyen de six points de suture au catgut. Un drain est placé au fond du canal inguinal jusqu'à la partie la plus déclive.

Pansement à l'iode et au sublimé.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le huitième jour, tout était réuni.

En résumé, cette tumeur était constituée par un lipome développé aux dépens de la boule graisseuse qui se trouve dans le sac dar-

toïque. Sa réduction partielle s'expliquait par la dilatation du canal inguinal. C'était donc une fausse dilatation et le diagnostic de lipome est le seul vrai.

OBSERVATION X.

(In *Journal de médecine de Bordeaux*, 1912, p. 556.)

Fibrome de la grande lèvre.

CANUYT. — J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomo-clinique, au nom de M. Princeteau et au mien, une tumeur de la grande lèvre, enlevée il y a environ un mois et demi par M. le Professeur Princeteau chez une malade en traitement dans son service.

La malade, âgée de 29 ans, sans profession, ne présentait rien d'intéressant dans ses antécédents. Il y a environ un an, elle remarqua, au niveau de la grande lèvre gauche, une petite tumeur grosse comme une noisette. Cette tumeur augmenta progressivement de volume jusqu'au mois de janvier de cette année, époque à laquelle la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Les résultats de l'interrogation et de l'examen furent les suivants : tumeur non douloureuse, mais simplement gênante par son volume et par son siège.

A l'examen, on constatait au niveau de la grande lèvre gauche une tumeur du volume d'une banane, un peu plus remplie à son extrémité inférieure qu'à l'extrémité supérieure. A la palpation, la tumeur paraissait nettement fluctuante, et si l'on essayait de la réduire, on y arrivait en grande partie. i

Etant donné le siège de la tumeur à la partie inférieure de la grande lèvre, la fluctuation et la réductibilité, le diagnostic de kyste de la glande de Bartholin fut posé. A l'intervention, on constata par contre que la tumeur était solide. Elle fut extirpée par les moyens ordinaires.

A noter cependant que le pédicule, en décollant la paroi vaginale, se prolongeait très haut jusqu'au plancher pelvien. Cette

tumeur extirpée était molle, gélatineuse et présentait macroscopiquement l'aspect d'un myxome. Elle fut soumise néanmoins à l'examen de M. Sabrazès, et ce dernier conclut à un fibrome de la grande lèvre. Voici le résultat détaillé de cet examen :

« Il s'agit d'un fibrome à cellules étoilées ou fusiformes, à substance intercellulaire très discrète au point de vue de sa teneur en collogène. Il existe des globules rouges épanchés çà et là et dans la masse, très bien conservés, dont la présence est due probablement à l'intervention chirurgicale. Tumeur très vascularisée : beaucoup de capillaires sanguins et de veinules. Çà et là, dans le tissu interstitiel, on trouve des lymphocytes, des cellules plasmiques, de rares marstzellen. Le tissu conjonctif s'épaissit un peu sur les bords de la tumeur. »

Nous avons cru intéressant de vous présenter cette tumeur : d'abord, parce qu'elle est relativement rare, surtout à gauche, disent les auteurs; à cause de son aspect macroscopique, qui était plutôt celui d'un myxome que d'un fibrome; à cause de son intérêt au point de vue opératoire, étant donné son pédicule; à cause surtout de son aspect clinique (pseudo-fluctuation et réductibilité), qui était absolument celui d'une tumeur liquide; enfin, parce qu'elle démontre la difficulté du diagnostic qui peut exister entre les tumeurs liquides et les tumeurs solides de la grande lèvre.

CONCLUSIONS

La technique opératoire des tumeurs bénignes de la vulve varie selon la nature de ces tumeurs.

I. — Les kystes de la glande de Bartholin non enflammés sont justiciables de l'extirpation selon la technique décrite. S'il y a inflammation, il faut faire le traitement médical pour opérer ensuite à froid. La grossesse n'est pas une contre-indication.

II. — Pour les angiomes vulvaires, circonscrits, bien délimités, nous conseillons l'extirpation. Pour les angiomes diffus, nous préférons employer l'électrolyse.

III. — Les lipomes seront justiciables de l'extirpation.

IV. — Pour enlever les tumeurs fibreuses, on pourra pratiquer l'extirpation chirurgicale ou l'exérèse non sanglante au moyen du thermo-cautère. La grossesse, ici, est une contre-indication relative, à moins que la tumeur ne soit un obstacle à l'accouchement.

V. — Le moyen le plus pratique pour enlever les végétations vulvaires est la curiethérapie au moyen d'appareils à vernis.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Kyste de la petite lèvre à épithélium cylindrique. *Montpel. médical*, 1903, p. 208.
- AMOUREL. — Des tumeurs fibreuses des grandes lèvres. Thèse Paris, 4 mars 1883, 80 p.
- AUMOINE. — Tumeurs solides des grandes lèvres. Thèse 1876.
- BENOIT. — Un kyste géant de la grande lèvre. *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.* Pau, 1912, 807.
- BLOT. — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. Thèse d'agrégation, Paris, 1883.
- BLOCK. — Molluscum simplex ulcéré de la grande lèvre. *Progrès médical*, Paris, 1884, p. 1693.
- BOCK. — Lipome de la grande lèvre. *Gaz. de gynéc.*, p. 214, 1888.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1846.
- BOYS DE LOURY. — Observations sur les kystes ou les abcès des grandes lèvres. *Rev. médic.*, 1840, tome IV.
- BROCA. — Traité des tumeurs, 1869.
- CANUYT et PRINCETEAU. — Fibrome de la grande lèvre. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1912, p. 556.
- CHOURAKINE. — Kystes de la glande de Bartholin. *Semaine gynéc.*, 1896.
- COMBY et DE VAUGIRAUD. — Papillomes verruqueux hypertrophiques de la vulve; bons effets de la radiothérapie. Présentation de malades. *Soc. ped. Paris*, p. 18.

- CONDIT. — Benign tumors of the labia. *Tr. Am. Ass. Obst. gyn.*, 1920, Saint-Louis, 329-337.
- DEGRAIS. — Curiéthérapie des végétations vulvaires au cours de la grossesse. *Gynéc. et Obst.*, Paris, 1921, 493-495.
- DÉNEUX. — Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, 1831, 34726, p. 5.
- DICK. — *Gaz. médic. de Paris*, 1837, p. 328.
- DUPLAY. — *Annales de gynéc.*, 1882.
- DUVERGÉY et FICHEZ. — Les kystes des petites lèvres. A propos d'un cas de kyste muqueux de la petite lèvre. *Gaz. hebdomadaire de la Soc. méd. de Bordeaux*, 1922, p. 218-221.
- FAYE-FICOT. — Des kystes congénitaux de la vulve. Montpellier, 1903, Hamelin frères, 44 p.
- FROELICH. — Tumeur congénitale de la grande lèvre droite. *Rev. mens. des malad. de l'enf.*, Paris, 1907, 120-123.
- GAIGNEROT. — Tumeur bénigne développée à l'intérieur d'une petite lèvre. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1906, p. 474.
- GIRAUD. — Fibro-myxome de la vulve. Soc. de chir. du Mans, séance du 12 mai 1930.
- GOSSELIN. — Enorme végétation verruqueuse éléphantiasique des petites lèvres et du clitoris. *Siècle médical*, Paris, 1881, p. 43.
- GUYOT. — Angiome caverneux de la vulve chez une petite fille. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1903, p. 672.
- HARDY. — *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Molluscum*.
- HEURTAVIX. — *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Fibrome*.
- HUGUER. — Maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux de la femme. *Mém. de l'Ac. de méd.*, 1850.
- Tumeur pédiculisée de la grande lèvre. *Annales de la Soc. de chirurgie*, 1837.
- HUMBERT. — Les tumeurs des grandes lèvres. Thèse Paris, 1881.
- KOCHEBLAVE. — Contribution à l'étude des fibromes, myomes et fibro-myomes du vagin. Montpellier, 1884.
- LACAMP. — Des kystes de la glande de Bartholin. Thèse Paris, 1907.

- LEGUEU et MOREL. — Molluscum pendulum de la vulve opéré pendant la grossesse. *Compte rendu de la Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, 1904, p. 191.
- LEROUX. — Kystes de la glande vulvo-vaginale. Thèse Paris, 1878.
- LOUMEAU. — Tumeur de la grande lèvre. *Gaz. de gyn. de Paris*, 1907, p. 305; *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 1906, p. 594.
- MALGAIGNE. — *Ann. chirurg. Paris*, 1839, t. II.
- MARFAN. — Etude sur le molluscum simplex de la grande lèvre. *Arch. de toc., Paris*, 1882, p. 703.
- MÉTÉREAU. — Contribution à l'étude des indications et de la technique de l'extirpation de la glande de Bartholin. Thèse Bordeaux, 1931.
- MICHEL. — *Dict. encycl. des sciences médicales*, art. *Molluscum*.
- MOREL. — Volumineux lipome de la grande lèvre. *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1903, p. 802.
- MOREL et JEANNEL. — Molluscum de la vulve opéré pendant la grossesse. *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1904, p. 393.
- MORESTIN. — Kyste dermoïde de la grande lèvre. *Journ. méd. de Bordeaux*, 1911, p. 837.
- MOUREY. — Des kystes de la grande lèvre et de leur traitement par la ligature élastique. Paris, 1882.
- NÉLATON. — Traité de pathologie.
- PAPIN (Ed.). — Le traitement chirurgical des angiomes chez les jeunes enfants. *Gazette des sc. méd. de Bordeaux*, 1921, p. 231.
- PASQUEREAU. — Tumeur de la grande lèvre. *Gaz. méd. de Nantes*, 1908, p. 383.
- PÉRAIRE. — Kyste de la petite lèvre droite. *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1913, p. 331.
- PETIT. — Spécimen de molluscum contagiosum de la vulve. *Gynéc. Par.*, 1908, p. 193-196.
- PONS. — Tumeurs de la vulve. *Bull. Soc. d'obst. et de gyn.*, juill. 1928.
- RICHE. — Kyste de la petite lèvre. *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1903, p. 711-714.
Paris, 1882, p. 747.

SUCHARD. — Myxome de la grande lèvre. *Progrès médical de Paris*, 1882, p. 747.

TOURNEUX. — Sur un cas de kyste des petites lèvres. *Toulouse médical*, 1913, p. 74-76.

VELPEAU. — *Dict. de méd.*, 2^e éd., t. XVI, p. 454.

VIDAL (de Cassis). — *Traité de path. ext.*, 5^e éd., 1861, t. V.

